

L'Omento-volvulus intra-abdominal

(La torsion intra-abdominale
du grand épiploon)

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 18 Juillet 1936

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

BLATT (Moses-Chaïm)

né le 15 octobre 1912, à Sokolow (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. MICHEL, Professeur	Président.
		FRÉLICH, Professeur	Juges.
		BINET, Agrégé	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage.
1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547405_0031

L'Omento-volvulus intra-abdominal

(La torsion intra-abdominale
du grand épiploon)

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 18 Juillet 1936

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

BLATT (Moses-Chaïm)

né le 15 octobre 1912, à Sokolow (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. MICHEL, Professeur	Président.
		FRÉLICH, Professeur	Juges.
		BINET, Agrégé	
		BODART, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1936

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I U.

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I U; WEISS, O *, I U;
BOUIN, O *, I U; ANCEL, *, I U; GARNIER, *, I U; MACÉ, *, I U;
P. PARISOT, O *, I U; DUFOUR, *, I U; G. THIRY, *, I U.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I U.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I U.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, *, I U.
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I U.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHHNSHOLZ, O *, I U.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I U.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I U.
Histologie	M. R. COLLIN, *, I U.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I U.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I U.
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I U.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I U.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, *, I U.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I U.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I U.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I U.
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, I U, A U.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, *, I U.
Bactériologie et parasitologie médicale	M. DE LAVERGNE, *, I U.
Thérapeutique	N.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I U.
	M. WATRIN, *, I U.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, *, I U, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A U, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A U, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I U, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A U, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I U, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I U, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I U, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I U, ch. du c. ag. l.
Obstétrique	M. JOB, *, I U, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, A U, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A U, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I U, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I U, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A U, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A U, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A U.
FLORENTIN.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF, A U.

MM. POURSINES.
MELNOTTE, O *.
MUTEL, *, I U.
VERMELIN, *, A U.

MM. GUILLEMIN, A U.
ABEL, *, I U.
DROUET, A U.
SIMONIN, A U.

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I U; S. RÉMY, I U; BUSQUET, I ;
BINET, *, I U; BARTHÉLEMY, *, I U; LAMY, *, I U.

M. E. TRIBOLET, I U, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PÈRE. A MA MÈRE

*Je leur dédie ce modeste travail avec
mon affection et ma profonde reconnaissance.*

*Qu'ils trouvent ici l'expression de ma
très vive gratitude pour les sacrifices
qu'ils se sont imposés pour moi.*

A MES FRÈRES ET MA BELLE-SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR MICHEL

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse. Nous le prions
de trouver ici le témoignage de notre
grande admiration et de notre vive reconnaissance pour son enseignement et sa
constante bienveillance.*

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR FRÆLICH

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

Professeur agrégé de Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

*Qui nous ont fait le grand honneur de
juger notre thèse inaugurale.
Témoignage de notre reconnaissance.*

A tous mes Maîtres de Nancy

INTRODUCTION

La torsion intra-abdominale du grand épiploon est une affection relativement rare, mais dont l'intérêt est cependant considérable. Depuis quelques années, en effet, il a été dégagé du cadre des épiploïtes vraies une lésion, non plus d'ordre inflammatoire, au moins dans son élément primordial, mais d'ordre mécanique, qui consisterait dans la torsion de l'épiploon et qui, comme une entité morbide, étudiée par plusieurs auteurs, tels que LEJARS (1907), PATEL (*Traité des hernies*: 1924), AIMES (1926), etc..., a occupé dans le cadre nosographique de drames aigus de l'abdomen une place très importante.

Par sa fréquence croissante dans ces jours-ci, par les théories pathogéniques nombreuses, qui tendent à expliquer ses causes et son mécanisme, par son aspect clinique, la torsion du grand épiploon mérite d'être retenue dans la mémoire de tous les médecins.

Quoique cette affection devienne de plus en plus connue, et le nombre des observations augmente de jour en jour dans ce dernier temps, c'est avec regret qu'on constate le grand nombre de cas de torsions épiploïques, qui sont confondus, le plus habituellement, avec l'appendicite et dont le diagnostic pourrait se faire cependant d'une façon bien sûre, car de

celui-ci dépend souvent le pronostic immédiat *quoad vitam* du malade.

Voilà bien des motifs qui justifient l'intérêt que nous allons prendre à l'étude de ce syndrome douloureux abdominal!

C'est ainsi que nous nous proposons comme tâche, en reprenant ce sujet si important au point de vue de la conduite à tenir dans les cas de la torsion épiploïque, de donner un travail court et précis, accompagné de nombreuses références bibliographiques et, qui permettra à ceux, que ce sujet intéressera, d'avoir dans l'esprit un tableau synthétique et de faire passer devant leurs yeux, dans tous les cas d'un syndrome abdominal aigu, en même temps aussi la torsion intra-abdominale du grand épiploon.

Enfin notre contribution personnelle sera, du moins, d'ajouter à cet édifice trois observations nouvelles, parues depuis 1934: une, inédite de notre Maître, le Professeur MICHEL, qui a bien voulu nous la communiquer, les deux autres de M. le Professeur HAMANT; d'autre part, en parcourant la bibliographie concernant ce sujet, nous avons pu réunir encore quelques observations de cette curieuse affection, qui n'ont pas été publiées dans les travaux de nos prédécesseurs traitant cette question et dont nous résumons la description clinique, et qui, toutes, sont très instructives au point de vue du sujet que nous entreprenons de décrire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. Professeur MICHEL)

Le 4 octobre 1935, M^{me} J..., âgée de 31 ans, toujours bien portante à part ce qu'elle avait présenté à l'âge de 2 ans une hernie inguinale droite, traitée par le port d'un bandage jusqu'à l'âge de 10 ans et qui n'a pas laissé de séquelles cliniques, était adressée d'urgence à l'hôpital pour appendicite aiguë. Le début de la crise remonte à quinze jours, marquée par une douleur longue et violente dans le flanc droit, quelques nausées sans vomissement, une hyperthermie légère et fugace à 38°. La situation s'améliore et pendant une quinzaine de jours reste bonne. Le médecin ayant constaté une tuméfaction du flanc droit, envoie à ce moment la malade au service.

Fonctionnellement, elle accuse une sensation de pesanteur dans le flanc droit, avec irradiations crurales et inguinales. Pas de température, pouls normal. La palpation révèle, par contre, une tuméfaction allongée, siégeant dans le flanc droit, du volume d'une grosse orange, relativement mobile dans les deux sens, peu douloureuse, à contours assez nets, de consistance assez ferme; il n'y a ni hyperesthésie cutanée, ni défense. Le toucher rectal est négatif; le toucher vaginal montre l'indépendance de la tumeur et de l'appareil génital. Utérus et annexes normaux.

On pense à un plastron appendiculaire, malgré la discordance de certains signes, ou à une cholécystite, la malade ayant déjà été soignée, dit-elle, pour troubles de la vésicule biliaire et subictère.

Intervention le 5 octobre 1935. Incision de Jalaguier. Dès l'ouverture du péritoine, on trouve du liquide sanglant peu abondant et une masse épiploïque du volume d'une tête de fœtus, représentée par une partie importante de l'épiploon à pédicule tordu plusieurs fois dans le sens des aiguilles d'une montre. La tumeur présente quelques adhérences fragiles avec le péritoine pariétal, qu'on libère au doigt. Ligature du pédicule et résection de la tumeur. Appendicectomie. Fermeture sans drainage. Suites opératoires aussi simples que pour une appendicite à froid.

OBSERVATION II

(Professeur HAMANT, ROTHAN, Ch. THOMAS

publiée in *Revue médicale de l'Est*, 15 sept. 1934, n° 18)

Il s'agit d'une jeune fille de 26 ans, qui a toujours été en excellente santé, vivant à la campagne, s'y employant à des travaux de force. Elle est porteuse depuis six ans d'une hernie inguinale droite contenue par un bandage. Jamais elle n'a songé à faire opérer sa hernie, n'osant pas se dévêtir devant un médecin...

Le 28 juillet 1934, elle est prise subitement d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements. Température à 37°5. Un médecin appelé constate un point douloureux à la palpation dans la fosse iliaque droite, avec une légère défense abdominale, sans aucun phénomène pathologique du côté de la hernie. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë.

La malade arrive à l'hôpital le lendemain matin; on confirme le diagnostic d'appendicite et l'on estime être même en présence d'une crise sérieuse. L'intervention est pratiquée aussitôt (Professeur HAMANT).

A l'ouverture du ventre (incision de Jalaguier), on trouve un liquide un peu roussâtre. L'appendice est œdémateux, hypervascularisé, mais cependant pas aussi malade que le tableau clinique l'avait fait présumer. On pratique une appen-

dicetomie avec enfouissement; puis on s'aperçoit qu'il reste dans le ventre une masse de la grosseur d'un poing, constituée par l'épiploon enroulé trois fois sur lui-même, de couleur rouge violacé, dont l'extrémité adhère à l'orifice inguinal interne. On rompt cette adhérence et on résèque la portion d'épiploon tordu. Fermeture du ventre sans drainage. La malade sort guérie dix jours après l'intervention.

OBSERVATION III

(Professeur HAMANT, ROTHAN, Ch. THOMAS

publiée in *Revue médicale de l'Est*, 15 sept. 1934, n° 18)

C'est une femme de 31 ans, mariée à un cultivateur, mère de deux petites filles; elle a toujours été bien portante. Depuis trois mois elle ressentait de vagues douleurs lombaires, indépendantes des règles, qui, chez elle, sont normales.

Le 13 juillet 1934, à la suite d'un rapport, elle ressent les mêmes douleurs lombaires, mais plus intenses et accompagnées d'une violente douleur abdominale à siège péri-ombilical. Elle n'accuse aucun signe d'occlusion. Mais ce qui l'inquiète depuis cet incident, indépendamment de la douleur, ce sont les mictions qui sont difficiles et douloureuses. La rétention vésicale nécessite un sondage. Deux médecins consultés successivement portent le diagnostic de kyste de l'ovaire et c'est avec ce diagnostic et pour ovariectomie que la malade entre à l'hôpital.

On est en présence d'une femme dont l'état général paraît bon. L'abdomen ne semble pas augmenté de volume; la paroi est souple, mais la palpation révèle un empâtement douloureux, à prédominance droite et qui plonge dans le bassin. Il n'existe pas de hernie inguinale extériorisée. Le toucher vaginal permet de sentir le cul-de-sac latéral droit, douloureux, comblé par une masse à contours mal délimités et à caractères inflammatoires. L'utérus semble légèrement attiré à droite et difficilement mobilisable; cependant on sent parfaitement le fond utérin à la hauteur du pubis. Les culs-de-sac

latéral gauche et postérieur sont libres; les annexes gauches sont d'apparence normale. Température rectale oscillant autour de 37° 5.

En présence d'un tel tableau, on pense à une lésion annexielle inflammatoire, et on décide de temporiser en gardant la malade au lit, avec de la glace sur le ventre et sous surveillance. Quinze jours plus tard, devant une situation inchangée, on intervient (Professeur agrégé CHALNOT).

Sous anesthésie au Schleich, laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, on tombe sur le tablier épiploïque adhérent à une masse d'apparence inflammatoire fixée en avant et à droite de la vessie. Cette masse est constituée, en réalité, par une partie importante de l'épiploon qui présente un pédicule tordu sur lui-même de plusieurs tours. Section de l'épiploon presque au bas de son insertion colique et ligatures enchaînées. Deux anses grêles, également adhérentes, doivent être séparées aux ciseaux. Péritonisation immédiate des surfaces dénudées. L'exploration du bas-ventre, ainsi facilitée, permet de reconnaître l'utérus et les annexes sains et libres, de même que le cæcum et l'appendice. Reprenant la dissection du paquet épiploïque tordu, on constate que le ligament rond, très étiré, est pris dans la masse. La vessie est attirée fortement à droite et en avant; de peur de la blesser, on renonce à disséquer la nappe graisseuse qui lui adhère intimement et on se contente d'en réséquer la plus grande partie. Sans aucun doute, il s'agit d'une torsion épiploïque au contact de la fossette péritonéale en regard de l'orifice inguinal interne du côté droit. On termine en plaçant un petit Mikulicz au contact des zones cruentées et on referme partiellement la paroi par des points séparés totaux à la grosse soie.

Le Mikulicz est retiré rapidement; les suites furent particulièrement simples.

OBSERVATION IV

(D. CROMIE)

(Traduite de l'anglais, publiée
in *The British Med. Journal* du 9 janvier 1935)

Un fermier âgé de 42 ans est venu consulter le 2 juin 1934. L'histoire de ses antécédents n'était pas importante, il ne se souvient pas avoir été malade, quoique à de certains moments, il éprouvait des malaises digestifs après les repas.

Quand il était au travail, il eut des douleurs abdominales violentes, que l'on ne pouvait attribuer à un effort musculaire. La douleur, très violente, débuta par la partie supérieure de l'abdomen, puis se localisa à droite. Il vomit une fois et souffrait de son ventre, après quoi il fut dans l'impossibilité d'aller à la selle. Sa température était de 37°3 et son pouls à 96.

De son aspect général il ne pouvait subsister des doutes sur sa douleur, très grande. Il se coucha et les mouvements de l'abdomen furent réduits ou minimum. Il n'y avait pas d'hernie. L'abdomen était distendu et on avait, à la palpation, une sensation d'une masse molle, l'aire de cette masse étant dans la région droite supérieure de l'abdomen. La pression sur le côté gauche provoquait de la douleur à droite. Il n'y avait pas de rigidité abdominale généralisée, mais celle-ci existait dans la partie inférieure droite du ventre.

Tout l'abdomen était sonore à la percussion. Pas de région d'hyperesthésie. Le diagnostic d'appendicite aiguë avec position anormale de l'appendice fut porté et une laparotomie immédiate décidée.

Opération: Sous anesthésie, l'abdomen fut de nouveau palpé; à gauche, rien ne pouvait être perçu, mais à droite, la région de l'hypogastre paraissait vide, et un peu plus en haut, par contre, on avait une sensation de plénitude.

L'abdomen fut ouvert par une incision paramédiane droite. A l'ouverture du péritoine, une petite tache de sang fut aperçue.

Le cæcum et l'intestin grêle étaient distendus. L'appendice était normal. Le colon transverse était déprimé.

La main, introduite dans la cavité abdominale, une masse molle fut sentie dans le segment supérieur droit, adhérente par des nombreuses et fines adhésions au péritoine pariétal et à la face inférieure du foie. Quand les adhérences furent détachées, la masse constituée uniquement par de l'épiploon, fut aisément portée en dehors de la cavité péritonéale, et l'on vit qu'elle était attachée par un pédicule avec cinq tours distincts ; le pédicule fut ligaturé et divisé, et la masse épiploïque libérée.

L'abdomen fut suturé sans drainage.

A part quelques petits signes de bronchite, qui causaient une certaine anxiété pendant quelques jours, le malade recouvre sa santé.

La masse extirpée dépassait la moitié de l'épiploon. Sur sa surface de section on ne pouvait relever des signes de croissance, mais elle était engorgée et œdémateuse.

OBSERVATION V

(Résumée. Docteur GUIBAL

publiée in *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} déc. 1935)

M. C..., 55 ans. Hernie inguinale droite réductible. Tousjours en bonne santé. En novembre 1933, petits troubles digestifs. Le 7 décembre, état nauséeux, puis vomissements alimentaires, qui n'empêchent pas le malade d'assurer son service.

Dans la nuit du 9 au 10, douleur abdominale violente, coliques intenses, arrêt des gaz et des matières. Le médecin appelé pense à une appendicite. Nous examinons le malade à midi. Température: 38°5, pouls ralenti à 70, sensibilité de la paroi et perception d'un gros plastron occupant tout le côté droit de l'abdomen.

Incision de Mac-Burney. Ecoulement de sérosité hémorragique, l'épiploon apparaît œdématisé, de coloration hortensia. On débride largement la paroi pour pouvoir extérioriser une masse épiploïque de la taille d'une tête d'adulte ; le pôle supérieur, tordu deux fois, attire un coin du colon transverse, que

l'on doit enfouir pour permettre l'ablation complète de la masse épiploïque. Le colon ascendant est œdématié, ainsi que l'appendice auquel on ne touche pas.

OBSERVATION VI

(A. HENRICHSEN: *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 24-2-1932. Traduite de l'allemand par nos soins)

Hôtelier, 48 ans, n'ayant jamais été malade. Le 19-10-1927, pris de douleurs brusques dans l'hypochondre droit, qui augmentent très vite d'intensité. Arrêt des matières et des gaz, vomissements.

Taille moyenne, robuste, obèse. Organes thoraciques: R.A.S. Douleurs intenses à la pression et défense de la paroi dans l'hypochondre droit. Ventre souple, pas de douleurs à la palpation. Pas d'hernie, langue sèche, chargée. Pouls à 120, température: 37°5.

On intervient immédiatement (HENRICHSEN) avec le diagnostic d'une appendicite suppurée aiguë. Anesthésie à l'éther; incision pararectale droite basse. Présence dans la cavité abdominale d'une sérosité hémorragique assez abondante. Dans le champ opératoire apparaît une masse épiploïque, violacée, du volume d'un œuf d'oie environ, qui était quatre fois tordu autour d'un pédicule de la grandeur du petit doigt, situé dans la partie supérieure de la portion droite de l'épiploon.

La masse épiploïque, ne présentant aucune adhérence, est complètement mobile. Nombreuses thromboses dans les vaisseaux épiploïques. Extirpation, après la ligature du pédicule, de la masse épiploïque tordue, qui présente des adhérences conjonctives. L'appendice, à parois épaisses, est adhérent par son extrémité libre au péritoine pariétal de la paroi abdominale postérieure. Aucune modification inflammatoire aiguë. Appendicectomie. Guérison sans complications.

OBSERVATION VII

(Résumée. Docteur GUIBAL
publiée in *Revue médicale de l'Est*, 1-12-1935)

M. B., 62 ans, est pris de malaise avec nausées le 26 octobre 1931, mais n'arrête pas son travail. Le 30 octobre, à minuit, douleur violente sous-costale droite qui persiste toute la nuit ; le 31 octobre, son médecin, le Dr GERBAUT, constate une sensibilité du côté droit de l'abdomen, avec 37°6 et 84 de pouls. A 22 heures nous l'examinons : météorisme abdominal, sensibilité localisée entre le point de Mac-Burney et la région vésiculaire, pouls 104. Nous décidons d'intervenir d'urgence avec le diagnostic d'appendicite.

Incision de Jalaguier, écoulement de sérosité hémorragique ; l'appendice, d'aspect normal, est enlevé ; allongement vers le haut de l'incision : la vésicule est saine, mais on découvre, logée dans un repli de l'épiploon, une frange épiploïque noirâtre de cinq centimètres de longueur sur un centimètre de diamètre ; on la cueille littéralement. Fermeture de la paroi sans drainage. Suites simples.

L'examen histologique, fait par M. le Professeur LUCIEN, confirme le diagnostic de torsion épiploïque, en raison de la stase veineuse prédominante dans la frange infarctée et de l'absence de toute lésion de l'appareil circulatoire.

HISTORIQUE

Inconnue pendant longtemps, la torsion intra-abdominale du grand épiploon a fait son apparition dans le cadre nosologique, le jour où grâce aux méthodes modernes d'antisepsie et surtout d'asepsie, la chirurgie abdominale est devenue plus audacieuse parce que plus sûre.

En effet, cette lésion, que les auteurs anglais désignent sous le nom d'omento-volvulus et que les Allemands appellent Netz-torsion, n'est guère connue que depuis une cinquantaine d'années. La première et la plus ancienne observation, celle de Pierre de MARCHETTIS, remonte à 1858, puis parurent les observations d'OBERST en 1882, de DEMONS en 1893. A partir de 1900, les observations commencent à se multiplier à la suite de discussions à la Société de Chirurgie à propos du cas de LEJARS, rapporté dans la thèse de BRUNET. Puis, en 1907, LEJARS reprend la question dans un magistral article paru dans la *Semaine Médicale*, résumant 66 observations et donnant une classification anatomo-clinique, qui a servi de base aux études ultérieures.

On trouve ensuite la thèse de FIÈRE en 1922 et en 1924 un chapitre de PATEL sur la torsion épiploïque

dans le *Traité des hernies* de la collection de LE DENTU et DELBET.

Le livre d'AIMES, en 1926, sur la *Chirurgie du grand épiploon*, étudie en détail la question, réunissant 122 observations.

Depuis, pas mal de cas ont été rapportés, parmi lesquels nous retiendrons, en France, ceux de ROCHER (1931), de FOLLIASSON et DUFOUR (1932), et à la Société de Chirurgie en 1933 les discussions à propos de cas de RENY, GUIBAL, REDON.

Un travail étranger, important, celui de John MORRIS, de New-York, en 1932, réunit 142 cas publiés depuis 1905.

DIVISION DU SUJET

La torsion de l'épiploon ou omento-volvulus, ne mérite pas de définition, le titre en effet suffit à la définir.

Une portion du grand épiploon, alourdie par infiltration graisseuse, par épiploïte ou par la présence d'une tumeur, se pédiculise. Sous l'influence de causes mal connues, ce pédicule peut subir un mouvement de rotation, il y a alors *torsion partielle* du grand épiploon. Cette torsion peut se produire au niveau d'une épiplocèle, dans le sac herniaire, c'est la *torsion intra-sacculaire* ou *intra-herniaire*. D'autre part, le grand épiploon peut tourner en totalité autour de deux points fixes, son insertion colique et une adhérence par exemple, ainsi se trouve réalisée la vraie torsion, ou *torsion abdominale* ou *omento-volvulus*. Celle-ci, dont nous nous occuperons principalement, peut se présenter sous deux aspects: 1° la forme aiguë; 2° la forme chronique. Nous les étudierons successivement. Il existe également une *torsion en masse*, à la fois abdominale et intra-sacculaire, et enfin des *torsions complexes*.

ÉTIOLOGIE

La torsion épiploïque est plus *fréquente* qu'on ne le pense et les cas se multiplient à mesure qu'on la connaît mieux.

On la rencontre surtout chez les individus obèses ou mal nourris. Elle peut survenir sans cause apparente et porter sur un épiploon sain et non adhérent, ou bien être secondaire à des processus pathologiques (inflammations, néoplasmes, hernies, etc...). Nous pouvons admettre, par conséquent, pour l'épiploon comme pour l'intestin, *des volvulus secondaires et des volvulus primitifs*. Ces derniers, sans hernie concomitante, existent indiscutablement et sont à l'heure actuelle bien connus; s'ils sont rares ils ne sont cependant pas exceptionnels, puisque tout dernièrement Jean-André COLAS, dans sa thèse (1), pouvait en réunir 110 observations.

Le sexe ne semble pas jouer un grand rôle, mais habituellement on compte que les hommes sont touchés plus fréquemment, dans les 3/4 des cas environ.

L'âge: il est sans influence. La torsion peut se produire à tout âge, aussi bien chez l'enfant que chez le vieillard. Peut-être note-t-on le plus grand nombre de cas à l'âge moyen, la période de la vie active, qui constitue la période de prédilection des torsions épiploïques.

(1) Jean-André COLAS: De la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon (Thèse de Paris, 1935).

CAUSES PRÉDISPOSANTES :

Ici le facteur le plus fréquemment noté est la coexistence de la hernie avec la torsion épiploïque. Elle est assurément la cause la plus souvent signalée : 80 % pour AIMES, 85-90 % pour BETZ, JÜNGLING et PETERMANN ; mais aujourd'hui on sait qu'elle peut faire défaut. Dans la majorité des observations c'est la hernie inguinale qui a été constatée. Elle siège le plus souvent à droite, c'est presque toujours une épiplocèle et elle est ancienne (la durée moyenne étant de 14 ans d'ancienneté de la hernie : MORRIS).

Quelquefois il peut s'agir d'une simple fossette péritonéale en regard de l'anneau inguinal interne, dans laquelle s'engage l'extrémité de l'épiploon tordu (Observation III).

D'une façon générale, ces hernies étaient des hernies réductibles tout au moins jusqu'au début des accidents, mais dans quelques cas on a noté une irréductibilité ancienne, datant de quelque temps ou même de plusieurs années.

Lorsqu'il n'y a pas coexistence d'une hernie, on peut incriminer les brides opératoires, les épaisissements, les adhérences de l'épiploon aux viscères abdominaux (utérus, annexes, perforation de l'ulcère) ou l'épiploïte intra-abdominale de voisinage, causée par des affections pouvant se grouper sous deux chefs : les tumeurs et les inflammations (appendicite en particulier).

Rarement la torsion peut se rencontrer chez des malades porteurs d'une éventration consécutive à une

laparatomie antérieure (BONNET: *Soc. de Chir. de Lyon*, 4 juin 1925).

CAUSES DÉTERMINANTES.

Elles sont excessivement nombreuses. Souvent l'omento-volvulus survient brusquement sans cause apparente, mais habituellement il est dû à trois sortes d'accidents: à l'effort, à des contractions abdominales et aux manœuvres de taxis.

Rôle de l'effort. — Il est indéniable et comme le montrent nos observations II et III, qui à ce point sont très démonstratives, l'effort sous toutes ses formes est capable de déterminer la torsion et ne doit pas être considéré comme négligeable dans l'étiologie de la torsion épiploïque.

Rôle des contractions abdominales. — C'est une cause fréquente, car les mouvements péristaltiques, qui agissent sans cesse sur la masse intestinale, favorisent le déplacement de l'épiploon et sa torsion. Les purgations sont incriminées comme agissant de cette manière, à cause des mouvements péristaltiques exagérés qu'elles déterminent (cas de MORESTIN et BUFALINI où la torsion succéda à une purgation).

Rôle du taxis. — Il est invoqué dans de nombreux cas. Les accidents commencent alors brusquement au cours d'une manœuvre de réduction d'une hernie. Le port d'un bandage, qui est souvent mal appliqué, est aussi fréquemment incriminé et paraît jouer dans certains cas un rôle actif dans la production de la torsion.

SYMPTOMATOLOGIE ET FORMES CLINIQUES

Cliniquement la torsion épiploïque, n'ayant pas une séméiologie qui lui soit propre, est très imprécise et très polymorphe dans ses manifestations. En gros, on y rencontre une association de phénomènes péritonéaux aigus à des signes frustes d'une obstruction intestinale ou d'un étranglement herniaire.

Avec JABOULAY et PATEL, nous distinguerons deux formes: *la forme herniaire et la forme abdominale.*

a) FORME HERNIAIRE

La hernie attire ici seule l'attention. Tout rappelle le tableau de l'épiploïte herniaire.

Il s'agit d'ordinaire d'un sujet porteur d'une hernie inguinale ancienne, jusqu'alors réductible, qui, après un effort ou même sans cause apparente, est pris brusquement de douleurs violentes. D'abord localisées au niveau du sac, elles s'irradient dans tout l'abdomen et s'accompagnent de vomissements, mais ceux-ci cesseront le plus souvent au bout de quelques heures. Les selles peuvent être supprimées, mais les gaz passent en général.

L'état général est assez bon, le faciès peut être légèrement grippé. La température est aux environs

de 38°, parfois même reste normale. Le pouls bat entre 80 et 100.

A l'examen, on trouve une hernie douloureuse, tendue, irréductible, avec un gros pédicule douloureux et un léger ballonnement du ventre. En somme, ce sont là des signes d'une épiploïte étranglée et c'est avec ce diagnostic que l'on intervient.

b) FORME ABDOMINALE

L'évolution peut être aiguë ou chronique et suivant le cas la symptomatologie en sera différente.

1° *Forme aiguë* ou pseudo-appendiculaire (obs. I et II). — Le début des accidents est ici encore généralement brusque, à la suite d'un effort, d'un mouvement exagéré ou d'une quinte de toux. La douleur très violente semble se localiser dans une des fosses iliaques, généralement dans la fosse iliaque droite et souvent elle en impose pour un début d'appendicite. Cette douleur, avec irradiations dans le bas-ventre, ne tarde pas d'ailleurs à se généraliser d'une façon très rapide à tout l'abdomen. En même temps, la hernie, dont le malade est, dans la plupart des cas, porteur, augmente de volume, devient dure et irréductible.

Dans un tiers des cas s'y ajoutent des vomissements: ils sont abondants, fréquents, parfois teintés de sang, parfois porracés mais exceptionnellement fécaloïdes.

Mais ce sont surtout des signes abdominaux qui captivent toute l'attention. En effet, déjà à l'inspec-

tion on constate assez fréquemment un ventre ballonné en même temps que la présence de l'ascite se traduisant par une submatité dans les flancs. La palpation, qui devra être faite avec douceur et précaution, en donne encore plus. Malgré l'hyperesthésie et de la défense de la paroi abdominale, on découvre une tumeur volumineuse, souvent de la grosseur d'une tête, qui remonte très haut; ses contours sont imprécis, elle est mate et occupe, sans la remplir, la fosse iliaque droite, d'où la confusion habituelle avec un plastron d'appendicite.

A la palpation large, elle paraît collée à la paroi abdominale, ne s'arrête pas au-dessus de l'arcade crurale, mais se perd, en se rétrécissant dans la hernie même. Cette continuité de deux masses abdominale et herniaire par la corde épiploïque de Velpeau, « sorte de masse, toile ou corde d'une certaine fermeté, remplissant le canal inguinal, se prolongeant dans la fosse iliaque et constituant la racine de la tumeur », lorsqu'elle est dûment constatée, devient un élément important d'appréciation clinique.

Il est très important de noter que malgré ces symptômes alarmants, la température n'est, en général, pas très élevée, elle peut même être normale. Le pouls petit, n'est que moyennement accéléré. Rarement il existe des troubles urinaires, plus particulièrement de la dysurie. Rappelons-nous que la malade de notre observation III avait présenté de la rétention vésicale et qu'on avait été obligé de la sonder.

2° *Forme chronique.* — Peu fréquente, elle a un début insidieux avec des signes frustes d'obstruction

intestinale. Elle se présente par des crises de torsions incomplètes sous forme de colique avec constipation et de la fièvre, qui cèdent habituellement au repos. Les crises peuvent se répéter 3 ou 4 fois par an et durer plusieurs années et se terminer enfin par une crise aiguë.

Cet ensemble symptomatologique est naturellement sujet à des variations évolutives et suivant que le chirurgien examine le malade plus ou moins longtemps après le début des accidents, il note l'absence, la présence ou l'accentuation de tel ou tel symptôme, ce qui nous permet d'en distinguer plusieurs formes cliniques.

A côté de la *forme herniaire*, qui correspond à une torsion intra-sacculaire et simule l'étranglement herniaire, et la *forme abdominale* avec ses deux variétés : forme aiguë pseudo-appendiculaire et forme chronique, que nous pensons avoir suffisamment décrites au cours de la description clinique de la torsion épiploïque, nous voulons encore insister sur l'existence des *formes frustes*, *formes pseudo-occlusives* et *formes latentes*.

Les *formes frustes* avec le tableau clinique incomplet, des signes inconstants, variables ou trompeurs, dont la latence d'évolution est le caractère principal et dans lesquelles la torsion n'est que la trouvaille de l'autopsie (le malade de TRÉMOLIÈRES, atteint d'un cancer du pylore, n'avait présenté que les signes de son cancer et la torsion ne fut révélée que par le Morgagni).

Dans les *formes pseudo-occlusives*, c'est l'iléus paralytique qui domine avec ballonnement accentué du ventre, vomissements, arrêt des matières et des gaz.

Enfin, les *formes latentes* dans lesquelles la torsion épiploïque évolue à bas bruit, et qui pour la plupart des cas n'est qu'une découverte au cours d'une opération. Dans ces formes on observe parfois des phénomènes généraux d'intoxication par résorption de produits venant de la masse épiploïque en voie de nécrose.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La hernio-laparatomie, l'opération la plus fréquemment pratiquée au cours des torsions intra-abdominale de l'épiploon, nous montrant que la torsion épiploïque se fait suivant deux types, correspondant aux types cliniques: la torsion intra-herniaire ou intra-sacculaire et la torsion intra-abdominale ou en masse, nous amène à étudier d'une part le sac, puis l'épiploon.

1° *La hernie*: ancienne, est en général inguinale droite. Le sac herniaire est le plus souvent un sac très épaissi, déformé. Dans la plupart des observations, il contient plutôt de l'épiploon que de l'intestin. L'intestin n'est presque jamais rencontré dans le sac et c'est là un fait incontestable.

2° *L'épiploon*: les lésions épiploïques sont des plus variables. La lésion essentielle, c'est l'épiploïte chronique, caractérisée par l'épaississement et les adhérences au sac. Parfois, mais rarement uniques, petites et grêles, le plus souvent ces adhérences sont multiples, épaisses, très consistantes et rattachent intimement l'épiploon au sac. L'épiploon, de teinte violacée, présente au point de vue histologique une réaction inflammatoire aiguë ou chronique avec de nombreuses suffusions sanguines, même avec nécrobiose dans les torsions complètes vues tardivement.

Pour ce qui est du niveau de la torsion, son siège peut être variable, et celle-ci peut être rencontrée depuis l'insertion colique jusqu'à la partie intra-sacculaire, quand il y a hernie. En règle générale, les plus nombreuses sont celles faites à l'attache supérieure de l'épiploon, puis viennent celles à mi-hauteur et enfin celles à la partie inférieure de celui-ci.

Le pédicule peut être mince, court et trapu ou, au contraire, long de plusieurs centimètres. Le nombre de tours de spire du pédicule est variable; en général deux ou trois, mais il y des cas où on a noté cinq tours de l'épiploon sur lui-même.

Tous les degrés de torsion peuvent se rencontrer depuis la torsion totale intra-abdominale et les torsions partielles d'appendices épiploïques (Obs. VII).

Souvent la torsion est double, à la fois intra-herniaire et intra-abdominale, disposée en sens inverse l'une de l'autre. La portion intra-abdominale se tord au voisinage de l'insertion colique de l'épiploon, tandis que la portion intra-herniaire se tord soit dans le sac lui-même, soit au niveau du collet du sac.

L'épiploon enflammé peut contracter fréquemment des adhérences avec divers organes abdominaux, comme l'intestin grêle, l'appendice souvent, le pavillon de la trompe, l'S iliaque, etc...

Enfin, il convient de signaler qu'on rencontre très souvent (Obs. I, II, IV, V, VI), dès l'incision du péritoine, un liquide sanglant plus ou moins abondant, qui dans les cas opérés tardivement, est en plus grande quantité, atteignant parfois plusieurs litres.

PATHOGÉNIE

Bien des causes ont été invoquées, mais on ne peut actuellement résoudre d'une façon complète et définitive la question du mécanisme des torsions épiploïques.

Très obscure, la pathogénie a été étudiée en particulier par INTROINI, MORRIS, AIMES, et a donné lieu à de nombreuses théories, qui ont été développées pour interpréter le mécanisme des torsions épiploïques.

Signalons pour mémoire parmi celles-ci, celle de JABOULAY et PATEL, fondée sur la *tendance naturelle à l'enroulement de l'épiploon*; de BAZY, retenant l'*action du péristaltisme intestinal exagéré* comme cause effective de la torsion de l'épiploon. Mais ce sont surtout les théories de LAPEYRE et PAYR qui nous paraissent les plus satisfaisantes. En effet, si ces dernières ne nous expliquent pas complètement, elles nous permettent, au moins en grande partie, de comprendre le mécanisme de la torsion épiploïque.

Pour LAPEYRE, la cause première de la torsion doit être recherchée dans l'*épiploïte chronique* (caractérisée, comme on le sait, par de l'hypertrophie et des adhérences), qui non seulement augmente le poids de l'épiploon, mais encore crée dans son intérieur des brides fibreuses toutes prêtes à s'enrouler entre elles.

En effet, dans presque tous les cas de torsion du grand épiploon, il s'agit d'épiploons gras, lourds, quelquefois même il y a tumeur de l'épiploon et ces divers caractères favorisent la pédiculisation de l'épiploon et par conséquent la torsion comme pour toute tumeur pédiculisée intra-abdominale.

Pour PAYR, dans sa *théorie hémodynamique* des torsions épiploïques, celles-ci seraient *dues à des phénomènes vasculaires et surtout à la stase au niveau des veines*, stase qui en les rendant sinueuses, leur imprima le premier mouvement de torsion ; ce mouvement est continué ensuite par le pédicule tout entier.

PAYR prétend que, même après des petits changements de position, il se produit au pédicule facilement une striction de la lumière et la compression des veines à parois fines. La conséquence en est une hyperémie de stase périphérique, qui se met en évidence plus dans les veines longues et spiralées que dans les artères courtes et rigides. La différence croissante de l'accumulation et de pression sanguines, amène dans le tissu dur et peu élastique de l'épiploon conjonctif dégénéré la torsion, comme l'appendice rempli d'exsudation, peut se tourner en spirale autour de son mésentère.

PAYR base cette hypothèse de l'importance de la pression sanguine aiguë pour la genèse de la torsion de l'épiploon sur des nombreuses expériences sur des animaux.

L'application de ces théories nous permet d'expliquer les différentes torsions. Supposons une hernie avec contenu épiploïque adhérent ou non ; il existe

un axe de torsion, il va de l'insertion de l'épiploon au méso-côlon transverse au sac herniaire; qu'il survienne une congestion de l'épiploon, inflammatoire ou traumatique (contusion ou étranglement), on comprend d'après PAYR la possibilité de la torsion.

Si l'épiploon est fixé dans la cavité abdominale par adhérences viscérales ou pariétales, le même mécanisme peut être invoqué.

Si l'épiploon n'est pas fixé, l'explication est plus délicate. Il faut admettre que la torsion est favorisée par le déplacement du centre de gravité de l'organe, dû à un développement inégal des différentes portions de l'épiploon ou encore dû aux tumeurs inflammatoires ou non de cet organe.

Tout ceci peut bien s'appliquer pour les cas où la torsion est secondaire à une torsion d'un organe avec lequel l'épiploon avait adhéré ou bien à une tumeur appendue à l'épiploon, ou enfin à une adhérence. Mais il existe cependant encore des cas où la torsion a porté sur un épiploon non adhérent et sain et dont le mécanisme nous échappe encore en ce moment. Pour ces derniers, nous pensons qu'on pourrait facilement expliquer le mécanisme de la torsion, en admettant que la cause principale, puisqu'il s'agit habituellement des sujets obèses, est le dépôt massif de graisse dans l'épiploon et qui est probablement responsable de la torsion primitive, le processus s'accroissant par la suite par l'engorgement et l'œdème, qui suivent le premier tour de la torsion (Obs. IV).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'omento-volvulus est un des plus délicats à faire. Nombreuses sont les erreurs et, comme le prouvent les statistiques, il est rarement fait avant l'intervention. Il n'a été fait, en effet, qu'un tout petit nombre de fois par LEJARS, MORESTIN, PAYR, POLLIDORI (4 fois seulement sur 117 cas); MORRIS (11 diagnostics exacts sur 138 cas). Et cependant de quelle importance est le diagnostic de la torsion intra-abdominale du grand épiploon, puisqu'il permet d'instituer de bonne heure un traitement convenable qui aura d'autant plus de chances de se montrer efficace qu'il aura été appliqué d'une façon plus précoce.

DIAGNOSTIC POSITIF

Bien difficile, il doit se baser sur les caractères suivants: le début brusque des accidents, type péritonite avec subocclusion, avec passage des gaz et peu de vomissements; rapidité de la formation d'un gros plastron sans hyperthermie marquée; absence d'une douleur violente et d'une contracture dans la fosse iliaque; on trouve deux tumeurs plus ou moins indépendantes, l'une herniaire (épiploïte adhérente), l'autre abdominale (masse épiploïque douloureuse), réu-

nies par la corde épiploïque de Velpeau, qui fait rarement défaut et que l'on doit rechercher systématiquement, car, constatée, celle-ci peut affirmer à coup sûr la torsion épiploïque; enfin un caractère très important, qui doit pencher le diagnostic vers la torsion intra-abdominale du grand épiploon, c'est la discordance qui existe entre les phénomènes locaux, qui sont très intenses, et les phénomènes généraux, de peu de gravité.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

L'appendicite est l'affection la plus habituellement confondue avec la torsion épiploïque, surtout dans sa forme abdominale. Cette erreur est excessivement fréquente, mais elle est le plus souvent difficile à éviter, car on ne pense pas, à tort d'ailleurs, aux torsions épiploïques.

Théoriquement, on pourrait différencier la torsion épiploïque de l'appendicite, car dans la torsion: « la douleur est vive et par crises et non continuellement lancinante, les vomissements sont rares ou absents; l'arrêt des gaz n'est pas absolu; la contracture est souvent peu résistante et cède à un palper profond; il n'y a ni hyperesthésie cutanée ni douleur exquise à un point fixe; enfin et surtout, les caractères de la tuméfaction ne cadrent pas avec les autres éléments du tableau clinique. Cette tuméfaction est parfois considérable alors que la température est normale ou presque. Ses contours ne sont pas nets; elle est plus allongée qu'un plastron inflammatoire » (BASSET).

Cependant, bien qu'on ait essayé d'établir une symptomatologie distincte dans l'un et l'autre cas, il est bien difficile de les distinguer. La meilleure indication différentielle sera fournie par l'examen du sang et la recherche de la leucocytose (on la trouve dans l'appendicite).

La forme abdominale peut encore être confondue avec la *cholécystite*, si les signes sont sous-costaux (Obs. I). Dans ce cas, les antécédents lithiasiques, l'irradiation des douleurs vers la région dorsale et scapulaire, la continuité plus grande de la masse avec la matité hépatique, la régularité et enfin la rondeur plus grande de ses contours, seraient des arguments en faveur de la cholécystite.

Dans la forme herniaire de la torsion épiploïque on évitera de confondre celle-ci avec la *hernie étranglée ou plutôt l'épiplocèle étranglée*. On se basera sur la présence d'un pédicule volumineux, dur, tendu, douloureux et sur l'arrêt des matières et des gaz, qui ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans la torsion.

Enfin, sans les passer toutes en revue, rappelons que la torsion épiploïque a pu être confondue avec la torsion d'un *kyste de l'ovaire*, une *invagination intestinale*, une *tuberculose iléo-cæcale*, un *vulvulus du cæcum*, une *typhlite*; etc., etc...

PRONOSTIC - COMPLICATIONS

Le pronostic des torsions de l'épiploon est celui de toutes les torsions d'organes abdominaux, c'est-à-dire un pronostic grave, car tout dépend de la précocité de l'intervention. En effet, lorsqu'on considère les résultats des opérations qui ont été pratiquées, on voit, qu'à condition d'intervenir rapidement, le pronostic immédiat peut être considéré comme relativement bénin et donne habituellement lieu à une issue favorable.

La question du terrain n'est pas moindre: l'âge avancé, l'obésité pouvant coexister avec la surcharge graisseuse des viscères, les irritations fréquentes d'origine herniaire et toutes les diathèses organiques doivent assombrir le pronostic. De même le délirium tremens aggrave le pronostic.

Les possibilités d'une évolution fatale sont encore plus grandes si l'épiploon tordu est abandonné à lui-même. La mort peut se produire dans ce cas par stercorémie ou par paralysie réflexe de l'intestin. La masse épiploïque peut aussi se sphacéler donnant naissance à des phlegmons herniaires, qui peuvent s'ouvrir à l'extérieur donnant issue à une guérison spontanée des torsions épiploïques, ce qui est d'ailleurs exceptionnellement observé.

La mort peut survenir encore au cours d'une maladie intercurrente: broncho-pneumonie, une pneumonie grippale. Dans les cas rares la mort fut imputable nettement à la torsion de l'épiploon.

Enfin, les complications si nombreuses de la torsion interviennent-elles aussi pour une grande part pour aggraver le pronostic, tant immédiat que lointain. Quelles sont ces complications?

Avec AIMES, nous les divisons en infectieuses et mécaniques:

1° *Les complications infectieuses* sont locales ou générales:

a) *Locales*: relativement rares, elles consistent en infection de l'épiploon étranglé, en péritonites localisées (FORGUE). SYMES a observé une pancréatite suppurée.

b) *Générales*: elles sont dues à une infection péritonéale grave: péritonite septique avec toxémie mortelle (LAPEYRE), broncho-pneumonie (MONOD).

2° *Les complications mécaniques* sont constituées par les troubles vasculaires, les troubles de compression, la rupture du pédicule.

a) *La rupture du pédicule*: s'accompagne de nécrose aseptique ou non avec greffe parfois pouvant s'accompagner d'une torsion secondaire du nouveau pédicule. Elle peut entraîner la gangrène de l'organe (DEMONS, MORESCO).

b) *Les troubles vasculaires*: consistent en hémorragies gastro-intestinales avec méléna et hématomèses dues à la compression vasculaire ou à des

thromboses épiploïques entraînant des ulcérations de la muqueuse digestive. Très souvent on constate des épanchements dus à des troubles circulatoires et à l'irritation péritonéale.

c) *Les phénomènes de compression* : ils portent sur les organes voisins : adhérences vésicales donnant à l'infection une symptomatologie urinaire (cas de THÉVENARD, de BUFALINI, de HAMANT [Obs. III]). Rarement l'intestin peut être aussi intéressé.

Quoiqu'il en soit, la mortalité d'après Mac WHORTER (1923) est de 13,6 % (6 décès sur 44 cas). Dans la statistique de LEJARS, portant sur 66 cas, il y eut 7 morts. AIMES, par contre, sur plus de 100 cas rassemblés, ne compte pas dix morts.

TRAITEMENT

Il est évidemment uniquement chirurgical. L'intervention doit être assez précoce pour prévenir le sphacèle de la portion tordue de l'épiploon. C'est avec beaucoup de raison que LEJARS a écrit ces mots très instructifs : « on ne se repentira jamais d'avoir opéré trop tôt et les lésions que l'on trouvera, une fois le ventre ouvert, dépasseront toujours les prévisions ».

La voie d'accès varie en rapport avec le diagnostic erroné, qui a été porté. Le plus souvent, c'est une incision d'appendicectomie. L'appendice reconnu sain et ne présentant pas de lésions permettant d'expliquer les symptômes observés, il faut immédiatement chercher ailleurs.

Dans les torsions combinées intra-sacculaire et intra-abdominale, on intervient avec le diagnostic de hernie étranglée. Lorsque l'on a trouvé la torsion épiploïque intra-sacculaire, il convient de transformer l'incision de la kélotomie en hernio-laparotomie, de façon à traiter également la torsion intra-abdominale. Un fait à retenir, excessivement important, est, qu'il faut opérer largement et remonter très haut pour ne pas méconnaître une torsion élevée.

Quoiqu'il en soit, mis en présence d'une torsion épiploïque, quelques chirurgiens (EITEL, SONNEN-

BOURG) se sont contenté de la *détorsion*; en règle générale, *l'ablation de la tumeur* est préférable et il vaut mieux de réséquer l'épiploon, parce que, du fait de la torsion, il est d'une vitalité compromise et parce que primitivement c'était un épiploon malade ou adhérent à des organes malades. On réséquera alors toute la portion tordue et, pour obtenir une hémostase plus vigoureuse, on fera une ligature en chaîne au niveau de la section du pédicule, section qu'il faut toujours faire en tissu sain.

Il est indiqué également d'explorer minutieusement pour ne pas laisser passer et les traiter, ces lésions concomitantes, tumeurs ou processus inflammatoires, pouvant être imputables d'avoir pu provoquer ou prédisposer à la torsion.

Le drainage, en principe, doit être proscrit si le malade est opéré tôt, si l'épanchement péritonéal n'apparaît pas purulent, s'il n'existe pas de fausses membranes. Si, au contraire, l'opération est tardive, si l'épanchement péritonéal paraît en voie d'infection, ou nettement infecté, mieux vaut drainer.

La mortalité opératoire est à peu près nulle lorsque la torsion est opérée à temps.

CONCLUSIONS

Il faut nous habituer à penser aux torsions épiploïques, d'abord lorsque nous examinons un sujet atteint d'un syndrome abdominal aigu de la partie droite de l'abdomen, ensuite pour vérifier systématiquement l'état de l'épiploon, lorsqu'ayant pensé à une appendicite et incisé la fosse iliaque nous constatons que l'appendice est sain.

La torsion du grand épiploon est surtout une complication des épiploïtes chroniques, qu'elles soient ou non d'origine herniaire — *torsion secondaire*. Mais il existe indiscutablement des cas où la torsion porte sur un épiploon non adhérent et sain — *torsion primitive*.

Cliniquement, la torsion épiploïque est très polymorphe dans ses manifestations. Ses symptômes sont ceux d'une irritation péritonéale avec formation rapide d'une masse souvent palpable.

La pathogénie en est assez obscure et très discutée à l'heure actuelle. Nombreuses sont en effet les théories tendant à expliquer des torsions épiploïques, mais la plus vraisemblable nous paraît la théorie de PAVR, théorie vasculaire considérant l'inégal remplissage des vaisseaux, les veines plus gorgées de sang s'enroulent autour des artères et amorcent la torsion.

Le diagnostic étant d'une difficulté extrême, les erreurs de diagnostic sont alors très fréquentes, mais elles sont cependant rarement préjudiciables au malade. On intervient d'urgence pour une affection abdominale aiguë que, le plus souvent, on croit être une appendicite.

A l'intervention ne rencontrant pas ce qu'on s'attendait à trouver, on est amené à inspecter l'abdomen et à corriger le diagnostic en trouvant une torsion épiploïque, dont la cure est facilement réalisée par la résection en zone saine de la masse tordue entière.

Le pronostic est relativement favorable dans les cas où l'intervention est hâtive et précoce, sinon, le pronostic est grave en raison des phénomènes de gangrène, qui ne peuvent que s'accroître à la longue et faire redouter une péritonite purulente.

BIBLIOGRAPHIE (*)

- AIMES. — Chirurgie du grand épiploon. 1 vol., Maloine, édit., 1926.
- ALEXANDROV (M.). — Torsion of great omentum. *Chij. Med.*, t. 13: 14-17, 1^{er} janvier 1932.
- ANDERSON (T.-L.). — Torsion of great omentum. *J.A.M.A.*, t. 96: 1227-1128, 2 avril 1931.
- AVILÈS (M.). — Dermoïde cyst and torsion of great omentum; clinical importance. *Boll. Soc. de cir. de Chile*, t. 10: 157-159, 22 juin 1932.
- BARBONI. — *Thèse*, Paris, 1911.
- BASSET (A.). — Société de Chir. de Paris, 1933; séance du 5 juillet, p. 1115; séance du 25 octobre, p. 1254.
- BENINI (P.). — Torsion de l'épiploon dans un sac herniaire. *Riforma medica*, t. 49: 1320-1323, 2 septembre 1933).
- BETZ (H.). — Sur l'étiologie des torsions de l'épiploon. *Zentralbl. f. Chir.*, t. 60: 1409-1411, 17 juin 1933. Analyse in *J. de Chir.*, 1934.
- BLAKE. — Torsion of the omentum. *Annales of Surgery*, 1903.
- BLOCH (René). — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, n° 25, p. 1121, 1933.
- BLOCK et DARMSTADTER. — *The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, 1920, n° 13.
- BONNEAU (R.). — Torsion aiguë d'une partie du grand épiploon. *Bulletins et mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, n° 7, t. 25: 310-312, 5 mai 1933.

(*) Nous sommes heureux d'assurer les Fichiers du *Monde Médical* de notre entière gratitude pour des précieux renseignements bibliographiques, qui nous ont aidé à l'élaboration de ce travail.

- BRILL (L.). — Torsion complète de l'épiploon. *Brit. M. J.*, t. 1: 784, 6 mai 1933.
- BROCA. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1903.
- BRUNET. — *Thèse*, Paris, 1900.
- BUFALINI (M.). — Il policlinico. *Sez. Chir.*, juin 1924.
- CALVET (J.). — Rapport de Bazy in *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. LIX, n° 25, p. 1121, 1933.
- CIMINATA. — Torsion totale du grand épiploon dans un cas de hernie inguinale gauche. *Minerva medica* 1932; Analyse in *J. de Chir.* 1932, t. 11, p. 894.
- CATTERINA (A.). — Erner omentale, torsione dell' omento tumore consecutiva all' inguina. *Arch. ed. atti. d. soc. ital. di chir.*, t. 36: 941, 1930.
- Torsion, right inguinoscrotal hernia, torsion of omentum postoperative tumor of inguinal region. *Arch. ital. di chir.*, t. 29: 59-77, 1931.
- CORACHON. — A propos de la torsion du grand épiploon. *Ars medica*, n° 63, oct. 1930, p. 345-348; analyse in *J. de Chir.*, 1931.
- CORNER et GRANT. — A case of torsion of the great omentum and habitual réduction en masse. *Brit. M. J. London*, 1908.
- COTTALORDA. — Torsion de l'épiploon. *Soc. de Chir. de Marseille*, séance du 3 mars 1930.
- CROMIE (D.). — Idiopathic torsion. *Brit. M. J.*, t. 1: 106, 19 janvier 1935.
- DEMONS. — *Revue de Chirurgie*, 1893.
- D'ERICO (E.). — Primary torsion of omentum. *New England J. Med.*, t. 205, p. 1147-1148, 10 décembre 1931.
- With report of 2 cases and review of 29 cases collected in littérature. *New England J. Med.*, t. 203, p. 1181-1188, 11 décembre 1930.
- DUSSAUT (A.). — Torsion du grand épiploon dans un sac d'une hernie inguinale, compliquée de l'épiplôite suppurée. *Semana Medica*, t. 1: 343-344, 31 janvier 1935.

- ESAU (P.). — Détachement spontané de la totalité du grand épiploon avec torsion secondaire partielle sans manifestation clinique importante. *Zentralbl. f. Chir.*, t. 59: 863-867, 2 avril 1932.
- FARR et BACHMANN. — Torsion de l'épiploon. *Ann. of Surgery*, t. 97: 766-772, mai 1933; Analyse in *J. de Chir.*, 1934.
- FEDINEC (A.). — *Bratisl. lekár. listy*, t. 11: 130-138, mars 1931.
- FIÈRE. — *Thèse*, Lyon, 1922.
- FIGUERAS (P.). — Torsion, case with acute appendicitis. *Ars medica Barcelona*, t. 10: 262-264, juin 1934.
- FINSTERER. — Über die torsion des grossen Netzes. *Beitr. z. klin. Chir.*, p. 521-531, 1910.
- FOLLIASSON-DUFOUR. — Torsion du grand épiploon. *Ann. d'anat. path.*, t. 9: 405-410, avril 1932.
- FOUSSENQ. — *Thèse*, Montpellier, 1908.
- GALLOWAY (W.-D.). — Primary abdominal torsion with attempt at spontaneous cure. *Brit. M. J.*, t. 2: 899, 9 nov. 1935.
- GUIBAL (J.). — Amputation parcellaire de l'épiploon par torsion. *Soc. Nat. de Chir.*, t. 59: 1254-1256, 4 nov. 1933.
- HAMANT, ROTHAN, THOMAS. — Les torsions intra-abdominales du grand épiploon. *Revue Médicale de l'Est*, 15 sept. 1934, n° 18.
- HEGGE. — Torsion du grand épiploon (1929). Analyse in *J. de Chir.*, 1930, I, p. 89.
- HENRICHSEN (A.). — Pathogénie et aspect clinique de la torsion de l'épiploon. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, t. 235: 794-800, 26 avril 1932.
- INTROINI. — Torsion de l'épiploon (1929). Analyse in *J. de Chir.*, p. 253, 1930.
- JABOULAY et PATEL. — *Nouveau Traité de Chirurgie*, t. XXV: *Hernies*, p. 279.
- JEFFRIES (J.-W.). — Torsion of great omentum. *Ann. of Surgery*, t. 93: 761-765, mars 1931.

- KAHNT (E.). — Etiologie des torsions de l'épiploon. *Paris Chir.*, 1910, p. 406-408.
- KNOFLACH (J.-G.). — Über intraabdominale Torsion des Netzes und der Appendices épiploicae. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, t. 225, p. 436-446, juillet 1930.
- LAPEYRE. — *Arch. prov. chir.*, juin 1907, t. XVI, p. 206.
- LECUIT (P.). — Torsion du grand épiploon intra-abdominale pure. *Thèse*, Paris, 1932.
- Sur la torsion intra-abdominale pure du grand épiploon. *Arch. méd. d'Angers*, t. 37: 129-130, septembre 1933.
- LEJARS. — La torsion du grand épiploon. *Semaine Médicale*, 1907, p. 73.
- LITTHAUER. — Über die Netztorsion und Netzeinklümmung. *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Leipzig*, 1910, p. 507-534.
- LUCCA (T.). — Torsion totale, abdominale ed erniarria del grande épiploon. *Boll. e mém. Soc. piemontese di chir.*, p. 1663-1666, 1932.
- LUCCA (E.). — Deux cas de torsion du grand épiploon. *Arch. ital. di Chir.*, t. 39: 388-398, 1935.
- MAC WHORTER. — *Archiv. of Surgery*, vol. XV, p. 569, 1928.
- MARCHETTIS (P. DE). — Recueil d'observations rares, 1858.
- MARTINAUD. — *Thèse*, Bordeaux, 1902.
- MATTRAITS. — *Thèse*, Paris, 1908.
- MAUCLAIRE. — *Revue de Gynécologie*, 1904; *Bull. Médical*, 1910.
- MAZZINI (O.). — Torsion abdominale pura del grand épiploon. *Semana med.*, t. 2: 1576-1579, 20 nov. 1930.
- MELCHISE. — Torsion du grand épiploon. *Zentralbl. f. Chir.*, t. 49, n° 38, 17 septembre 1932.
- MICHEL, BERTRAND, GRUMILLIER. — Torsion intra-abdominale du grand épiploon. *Revue Méd. de l'Est*, 1^{er} déc. 1935.
- MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen, 1933, p. 975.
- MONFLIER (J.). — *Thèse*, Paris, 1934.
- MORESTIN. — *Soc. de Chir. de Paris*, 1907, p. 906.

- MORRIS (J.-H.). — Torsion de l'épiploon; son importance clinique. *Arch. of Surgery*, t. 24: 40-76, janvier 1932; Analyse in *J. de Chir.*, 1932.
- MOUCHET (A.) et LÉGER (L.). — Un cas de torsion intra-abdominale pure du grand épiploon (torsion partielle). *Annales d'Anat. pathol.*, t. 12: 870-872, juillet 1935.
- MULLEN (J.). — *Surg. Gynec. and Obstetr.*, mai 1925.
- NIEMAIER (O.-W.). — *Canad. M. A. J.*, t. 32: 175-176, fébr. 1935.
- OBERST. — *Zentralbl. für Chir.*, n° 77, 8 juillet 1882.
- PALACIOS (G.-G.). — Torsion del grand épiploon. *Semana méd.*, t. 1: 110-114, 8 janvier 1931.
- PATEL. — *Soc. Chir. Lyon*, 3 novembre 1921.
- PATEL et JABOULAY. — Chapitre sur la torsion épiplœque dans le *Traité des hernies* de la collection Le Dentu et Delbet, p. 420, 1924.
- PICCIONE (E.) et MERLO (G.). — Total torsion of omentum majus. *Gaz. d'osp.*, t. 52: 711, 7 juin 1931.
- POLLIDORI. — *Archivio italiano di Chirurgia*, t. XVII, p. 453, 1927.
- POLLOSSON et COMTE. — Torsion abdominale chronique du grand épiploon. *Lyon Chirurgical*, 1925, p. 513.
- POULAIN (J.). — Torsion de l'épiploon. *Soc. méd. d'Amiens*, séance du 1^{er} mai 1935 in *Gazette Méd. de Picardi*, mai 1935.
- POZDORA (P.). — Volvulus d'omentum. *Budapesti orvosi ujság*, t. 32: 29-31, 11 janvier 1934.
- PRETZCH. — *Beitr. zur klin. Chir.*, 1906.
- REDON et MIALARET. — Torsion partielle du grand épiploon au péritoine libre. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. 59: 1254, n° 28, 4 nov. 1933.
- RENY. — Torsion intra-abdominale du grand épiploon. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. 59: 1115-1121, n° 25, 15 juillet 1933.
- ROBB (D.). — Abdominal torsion of omentum. *Lancet*, t. 2: 1347, 20 décembre 1930.

- ROCHE. — *Thèse*, Paris, 1905.
- ROCHER (H.-L.) et GUERIN (R.). — Sur un cas de torsion de l'épiploon. *Soc. de Chir. de Bordeaux*, séance du 23 avril 1931, p. 163-170.
- SANTORO. — Torsion en masse du grand épiploon (1929), in *Journal de Chirurgie*, 1930, p. 79.
- SALSBURY (C.-R.). — Torsion du grand épiploon avec symptômes rares. *Brit. J. of surg.*, juillet 1935, t. 23: 115-118.
- SARROSTE et REBEROL. — A propos d'un cas de torsion aiguë de l'épiploon. *Société de médecine militaire française*, n° 6, juin 1933.
- SIMON et STULTZ. — *Archiv. franco-belges chir.*, décembre 1921.
- SMYTH (M.-J.). — Abdominal torsion of omentum. *Lancet*, t. 2: 572-576, 13 sept. 1930.
- SYMES. — *Intern. M. J. Australia*, 1902, p. 444.
- THÉVENARD. — In *Thèse Barboni*, Paris, 1911.
- TEINKLOFF. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 30 mars 1923.
- TRÉMOLIÈRES. — *Bull. Soc. Anat.*, p. 693, 1903, 6^e série.
- WALLACE (R.-H.) et MILLER (R.-H.). — Primary torsion. *New-England J. Med.*, t. 208: 831-833, 20 avril 1933.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
OBSERVATIONS	9
<i>Historique</i>	17
<i>Division du sujet</i>	19
<i>Etiologic</i>	20
<i>Symptomatologie et formes cliniques</i>	23
<i>Anatomie pathologique</i>	28
<i>Pathogénie</i>	30
<i>Diagnostic</i>	33
<i>Pronostic - Complications</i>	36
<i>Traitement</i>	39
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43

Vu:

Le Président de Thèse,
Nancy, le 9 Juillet 1936.
G. MICHEL.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 10 Juillet 1936.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 10 Juillet 1936.
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

